



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

SOLICITUD VIÁTICOS:

82445

FECHA: 09 DE JUNIO DEL 2021

DEUDOR: VALDEZ CUEN EDGAR NOE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 09/06/2021 A 09/06/2021

DEPENDENCIA: HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

VIÁTICO: PERSONAL SUPLENTE FIJO

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: VIATICOS NACIONALES

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	\$220.00	\$220.00

OBSERVACIÓN:

37501 TRASLADO DE PACIENTE ELIZABETH ACOSTA VERDUGO CON AFILIACION 2542103 A SU DOMICILIO EN ETCHOJOA, SONORA EL DIA 07 DE JUNIO DEL 2021

SUBTOTAL	\$220.00
16% IVA	\$0.00
TOTAL	\$220.00

TOTAL LETRA: DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.

Carmen Aida Lacy Valenzuela
 LIC. CARMEN AIDA LACY VALENZUELA
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
 HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
 ISSSTE SON

VALDEZ CUEN EDGAR NOE

SOLICITÓ

DR. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
 JEFE DE DEPTO. DE SERVICIOS GENERALES
 HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
 ISSSTE SON

VALIDÓ

AUTORIZÓ





7	JUNIO	2021
---	-------	------

AVISO DE COMISION

C. EDGAR NOE VALDEZ CUEN AFILIACION 9329201 AREA DE ADSCRIPCION: SERVICIOS GENERALES
UBICACIÓN HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS PUESTO CHOFER NIVEL 5I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO, QUE HA SIDO COMISIONADO A: TRASLADO DE PACIENTE

C. ELIZABETH ACOSTA VERDUGO AF. 2542103 A SU DOMICILIO EN ETCHOJOA, SONORA.

DURANTE 1 DIA(S) DEL 07 DE JUNIO DEL 2021.

VEHICULO 141 PLACAS VE-59-812 DIA Y HORA DE RECEPCION

EL VEHICULO O CONDUCIRA C. EDGAR NOE VALDEZ CUEN

CON LICENCIA NO. L1900RC1085223 VENCIMIENTO 03/12/2023

ANTICIPADOS DEVENGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$220.00 DIAS 1 IMPORTE DE VIÁTICOS \$220.00

CUOTA DIARIA DE GASTOS DE CAMINO \$ _____ DIAS _____ IMPORTE DE VIATICOS \$ _____

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITU DE GASOLINA : _____ / _____ = _____ X\$ _____ = \$220.00

KILOMETRAJE A RECORRER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS :

NO. DE CASETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. PASAJES :

TERRESTRES: _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA 07/06/21 FECHA DE REGRESO 07/06/2021

IMPORTE TOTAL DE GASTOS A COMPROBAR :\$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ 220.00 (DOSCIENTOS VEINTE PESOS M.N. 00/100 M.N

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 21131061103 37501

ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE SERVICIOS GENERALES

LIC. CARMEN AIDA LACY VALENZUELA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

Al término de mi comisión, deberé presentar un informe de la misma en un plazo que no exceda de 72 horas. En caso de haber recibido recursos sujetos a comprobación, me comprometo a presentar la misma dentro del plazo mencionado. Acepto la responsabilidad contrída en caso de incumplimiento: autorizo se me efectúe el descuento correspondiente, mediante la nómina.

ATENTAMENTE

C. EDGAR NOE VALDEZ CUEN

FIRMA DE CONFORMIDAD



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

Cd. Obregón, Son., a 07 de Junio del 2021
Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"
Oficio 032

Chofer: C. Edgar Noé Cuen Valdez
Camiilero: C. Ramón Ignacio García pacheco

A través del presente me permito comisionarlo para realizar traslado del (la) paciente, Elizabeth Acosta Verdugo, número de afiliación 2542103, con diagnóstico de: Insuficiencia renal crónica, hacia la Cd. de Etchojoa, Son., el día de hoy 07 de junio del año en curso, con motivo de continuar manejo en su hogar. unidad 141.

Así mismo, solicito a usted presentar a su regreso un informe detallado de su comisión a más tardar dos días hábiles después de su comisión.

Muchas gracias por su colaboración.

Atentamente

Dr. René G. Soto Reyna
Sub Director Médico
Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"
I.S.S.T.E.SON.

RGSR/mebe

Adriana Agón.

DR. RENÉ SOTO REYNA
C. PROF. 488320
SSA. 61454


CLINICA HOSPITAL
SUBDIRECCION MEDICA
CD. OBREGON, SONORA



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

CONTROL DE TRASLADOS

FOLIO: 04

FECHA: 07 DE JUNIO DEL 2021

NOMBRE DE PACIENTE: ELIZABETH ACOSTA VERDUGO
AFILIACION: 2542103 DEPENDENCIA: H Ayuntamiento
CHOFER: Edgar Noe Valdez Coen CAMILLERO: Lemón Ignacio García Pacheco
HORA DE SALIDA: 15:25 HORA DE LLEGADA: 17:50
UNIDAD DE TRANSPORTE #141 DESTINO: ETCHÓLOA

AUTORIZACION DE LA SUBDIRECCION MÉDICA:

FIRMA

SELLO

FIRMA Y/O SELLO DEL LUGAR DE DESTINO:

FIRMA DE PACIENTE Y/O ACOMPAÑANTE:



HOSPITALIZACION NOTA DE EGRESO

Paciente: 2542103 SEXO: F EDAD: 71 FECHA NACIMIENTO: 07/07/1949

Cama: 22

Nombre: ACOSTA VERDUGO ELIZABETH

Diagnóstico de Ingreso:

Actual: INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Alta por: Mejoría

Fecha de Ingreso Hospitalario: 06/06/2021 14:48

Fecha de Egreso Hospitalario: 07/06/2021 08:38

Días Internamiento Hospitalario: 1

Diagnósticos de Egreso:

DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES RENALES

HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Resumen de Evolución

NOTA DE ALTA POR MEJORIA.

FEMNINA DE 71 AÑOS, DX. DE INGRESO YA COM,ENTADOS. HTAS, DM2, COMPLICACIONES DE SU DM2 COMO UNA ERC, ACTUALMENTE EN DPA, DESHIDRATACION, .. CONVULSIVO.

ESTOS ULTIMOS YA NO SE VOLVIERON A PRESENTAR,.

DX. EGRTEO LOS MISMO CON MEJORIA SIN C.C.

LA TAC DE CRANEO NORMAL PARA EDAD Y SEXO; LABORATORIALMENTE YA VALORADA POR NWEFROLOGIA Y COMNETADA LOS MISMOS, SUS LABORATORIOS ACEPTABLES, SE DETERMINA

DADOS QUE NO HAY COMPROMISO, NEUROLOGICO PRESENTE, FOCALIZACION DESCONTROL TENSIONALA Y MAETABOLICO, BUENA AHIDRATCION, YA TOLERA DIETA, NO EVACUACIONES

DIARREAICAS, YA TOMO DESAYUNO. TOLERO VBIEN, NO VOMITOS. SE DEICDE SU EGRESO, PARA CONTINUA MANEJO EN SU HOGAR Y O EN CASO NECESARIO LLEVAR UNIDAD AADSCRIPCION MAS CERVcana, BIENE DE ETCHOJOA., SON.

SE DRA MEDICACION DE BASE

CONTIONUAR CON DPA IGUAL EN CASA,

LEUCOS .7800, HB. 13.2, PLAQ. 259000, EF BIEN, NA.139, K. 4.1, CL.99.4, GL.73, BUN.67, C, 6.9, UREA.143.

Plan de manejo y Tratamiento

PLAN. OMEPRAZOL CAPS. UNA CADA24 HS V.O.

PARACETAMOL TAB. 500 MG. EN CASO NECESARIO, ALOPURINOL TAB. 300 MG UNSA CADA 24 HS V,O.

ONDASETRON TAB. UNA CAD 12 HS SOLO EN CASO NECESARIO.

TELMISARTAN 40 MG V.O. CADA 12 HS.

VERAPAMILO TAB. 80 MG CADA 8 HS V.O.

CONTINUAR CON DPA. CON MISMOS INDICACIONES ANTERIORES.

ALTA CITA BEIRTA URGENCIAS,

ALATA EN AMBULANCIA.

PRONOSTICO:Favorable

FIRMA RESPONSABLE

Z9935 LOPEZ CABUTO RAUL PEDRO - MEDICINA INTERNA

Ced. Prof.: 1440928 RSSA: 394290 Universidad: ND

CD. OBREGÓN, SONORA. A 09 DE JUNIO DEL 2021

ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE SERVICIOS GENERALES
CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

Asunto: informe de checada de regreso por comisión

Por medio de la presente, informo a usted, que llegue de regreso a ésta unidad hospitalaria I.S.S.S.T.E.SON., en buenas condiciones, del traslado al que fui comisionado el día 07 de Junio del 2021, de paciente **C. ELIZABETH ACOSTA VERDUGO CON AFILIACION 2542103**, con diagnóstico de **DIABETER MELLITUS**, a su domicilio en **ETCHOJOA**, Sonora.

Cabe mencionar que dicho traslado fue indicado y autorizado por el **DR. RENE G SOTO REYNA**, SIBDIRECTOR MEDICO DEL TUNO VESPERTINO, de este hospital. Partiendo a las 15:25 y llegando a las 17:50 hrs., del mismo día.

Sin otro particular de momento, me despido de usted

ATENTAMENTE

C. EDGAR NOE VALDEZ CUEN
CHOFER



VO.BO.

ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA

JEFE DE SERVICIOS GENERALES
HOSPITAL ADOLFO LOPEZ MATEOS